

XLVIII Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 1963 de 2018

Carpeta Nº 3173 de 2018	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social

DIABÉTICO. ASISTENCIA INTEGRAL. REGIMEN. MODIFICACIÓN.

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 6 de noviembre de 2018

(Sin corregir)

Preside: Señor Representante José Quintín Olano.

Miembros: Señores Representantes Walter De León, Luis Gallo Cantera, Martín Lema Perreta y Nibia Reisch.

Delegada de Sector: Señora Representante Elisabeth Arrieta.

Invitados: Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay: doctora Isabel Acosta; Cátedra de Endocrinología y Metabolismo UDELAR: Prof. Adj. Endocrinóloga Beatríz Mendoza; Sociedad de Endocrinología y Nutrición: Adriana Pereira y por la Asociación de Diabéticos del Uruguay (ADU): señores: Bruno Carratini (Lic. en Nutrición), Pablo Riveiro, Javier González (Gerente), Walter Grignetti (Presidente), Federico Viglione y doctor Oscar Quiñones.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Viviana Calcagno.

═══════II═══════

SEÑOR PRESIDENTE (José Quintín Olano Llano).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión tiene el gusto de recibir a la presidenta de la Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay, doctora María Isabel Costa Grecco, para referirse al proyecto de ley: "Diabéticos. Se establecen medidas sanitarias, sociales y laborales destinadas a contemplar su situación".

SEÑORA COSTA GRECCO (María Isabel).- Muchas gracias por recibirme. Yo formo parte de la sociedad científica y actualmente soy presidenta de la Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay.

Nuestra asociación civil tiene una larga tradición en el Uruguay y nuestro cometido como sociedad científica es formar médicos que atiendan a personas con diabetes. A instancia nuestra se formó un posgrado, el primero en Uruguay; somos pioneros en Latinoamérica en formar profesionales que puedan atender personas con diabetes. Me podrán decir que todos los médicos pueden. Sí, pero esta es una patología un poquito compleja.

Nuestra Sociedad tiene una larga trayectoria. Les llamará la atención por qué desde una sociedad científica nos interesa una ley para diabéticos. Desde que se fundó nuestra sociedad científica hemos estado ligados a las asociaciones civiles de personas con diabetes, como ADU y FDU. Siempre tuvimos esa tradición de estar junto a la persona con diabetes. No por ser médicos estamos separados; tuvimos una visión más moderna del modelo de atención de la persona con diabetes. La doctora Perla Temesio fue pionera en Uruguay, en Latinoamérica y el mundo en cuanto a encarar el tema de esta manera. Inclusive, hay muchos trabajos científicos al respecto.

Ya hay una ley actual de diabetes que data del año 1971. No pensamos elaborar una ley nueva, sino mejorar la que ya hay. Sabemos de la postura del Ministerio de Salud Pública, y la entendemos, en cuanto a que tiene que legislar para todas las personas y no sectorialmente. Sin embargo, esta es una patología que implica a gran parte de la población uruguaya. Es una pandemia mundial y Uruguay no está exento, ya que hay índices de proyecciones bastante alarmantes, sobre todo ligados al estilo de vida. La mayor parte de las personas diabéticas lo son por su estilo de vida y a lo largo de su vida pueden llegar a requerir medicación para poder estar bien.

¿Por qué nuestro interés? Queremos mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes; la ley vigente ya tiene unos cuantos años y no es adecuada para los tratamientos que hay hoy para una persona con diabetes. También se le suman las cargas sociales y económicas que demanda esta enfermedad. Por eso queremos mejorar esta situación.

Hace poco nos reunimos con los nefrólogos -con los que compartimos muchas cosas-, que tienen un plan bastante avanzado de protección de toda la patología renal y les ha llamado la atención que en la diabetes no haya habido avances. Ha habido en muchos ámbitos: hipertensión y otras comorbilidades, pero en diabetes no. En diabetes y obesidad no se ha mejorado, según las encuestas realizadas por los nefrólogos, que son los que llevan al día su plan renal. Ciertamente, es alarmante.

Actualmente, se habla de enfermedad cardio- metabólica, porque no solamente la diabetes es *per se* una enfermedad, sino que se asocia a problemas cardiovasculares serios. Entonces, pienso que está bueno que ustedes como legisladores estén informados de este tema, por el bienestar de gran parte de la población uruguaya y por una cuestión económica, que nos toca a todos. Nosotros como médicos queremos

mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes y además cuidar los recursos que tenemos. Son dos puntos importantes.

Se ha hablado con muchos legisladores sobre este proyecto y algunos de los que están acá han trabajado al respecto, y se lo agradecemos. Han dado pasos muy favorables. Si la Comisión ve con buenos ojos esta iniciativa sería un avance muy importante.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sobre este tema hay una ley vigente y dos proyectos a estudio. No sé si está en conocimiento de ello.

SEÑORA COSTA GRECCO (María Isabel).- Sí; uno del Ministerio y otro de la sociedad civil.

SEÑOR PRESIDENTE.- Exacto. Quisiera saber en qué mejoran estos proyectos la ley vigente.

SEÑORA COSTA GRECCO (María Isabel).- La ley vigente es antigua. Establece una serie de medidas de protección a la persona con diabetes, como el acceso a determinados medicamentos. Actualmente, en el sistema de salud, los prestadores se remiten al reglamento. Si hay determinados medicamentos que son obligatorios no van a avanzar en tecnologías nuevas. Por otro lado, muchos de esos medicamentos se están dejando de usar en el mundo porque tienen otro tipo de problemas asociados, sobre todo en la parte cardiovascular. No son adecuados y nos limitan el ingreso de nuevas medicaciones, más modernas, que mejoran la parte metabólica y la obesidad, que son dos enfermedades asociadas.

Por otra parte, la ley habla de diabetes insulinodependiente y no insulinodependiente, cuando hoy el concepto ha cambiado. Actualmente, se habla de personas insulinodependientes para vivir pero hay diabéticos tipo 2 que pueden necesitar insulina en muchas situaciones, como para regular su metabolismo.

Otro punto importante es que la ley vigente limita el acceso al trabajo a la persona con diabetes. Por el mero hecho de inyectarse insulina no obtiene el carné de salud para determinados trabajos, a pesar de que, estando compensada, con las nuevas tecnologías, podría trabajar. Un insulinodependiente sí tiene limitado algún tipo de trabajo, porque conlleva cierto riesgo para él y los demás, como piloto de avión, que tiene a su cargo mucha gente. Puede realizar la mayor parte de los trabajos, pero la ley actual lo limita.

SEÑOR LEMA (Martín).- Quiero manifestar mi posición personal. Sin duda, hay que *agiornar* la normativa vigente; nunca hay que ir a los extremos ni perder de vista el sentido común. Si bien el Ministerio de Salud Pública en varias oportunidades se opuso a legislar por patologías, tiene que primar el sentido común. Hay una cantidad de gente involucrada en este caso. Por lo tanto, vemos con buenos ojos estas iniciativas.

Hoy tenemos a estudio de la Comisión dos proyectos de ley, que sería bueno unificarlos para lograr el mayor consenso posible. Mi postura personal es que este tema tiene que ser prioritario para esta Comisión. Sería una buena noticia que antes de finalizar el período hubiera avances en materia legislativa.

Quiero hacerle una consulta sobre la cantidad de personas afectadas. Hace un tiempo elevé un pedido de informes para saber cuántas personas tienen diabetes en Uruguay, tanto tipo 1, como 2, y me dieron una cifra estimada de acuerdo al último censo.

Me gustaría saber si usted tiene datos más actuales sobre la población de nuestro país que se ve afectada por la enfermedad.

SEÑORA COSTA GRECCO (María Isabel).- Los datos más actuales que tenemos son del Ministerio de Salud Pública, que hizo una encuesta en 2013, pero son estimativos. Se habla de que un 8% de la población es diabética, pero nosotros creemos que hay más. Ya en 2004 en un estudio de prevalencia que hicimos se hablaba de esa cifra: un 8% de diabéticos y un 8% de prediabéticos. Si pensamos que la enfermedad ha tenido un crecimiento exponencial, tiene que haber más, sobre todo porque está ligada a la obesidad. Quizá la mitad de la población sea por lo menos prediabética y si no se controla va a ser diabética. Hoy se sabe que la prediabetes conlleva los mismos riesgos cardiovasculares y renales que los diabéticos, aunque no esté declarada la enfermedad.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Es un gusto recibir a la doctora, con quien hemos trabajado en este proyecto de ley que sin duda tiene que significar un comienzo de un tema que necesariamente, dada la importancia de esta patología, tenemos que encarar.

La doctora hablaba de los porcentajes. Es verdad que desde la última encuesta entre el 8% y el 10% de la población tiene la enfermedad, pero esto ha sido exponencial en el tiempo, y los que trabajamos en medicina vemos que cada vez hay más pacientes diabéticos, por lo que creo que por lo menos estamos en el doble de esa cifra. También es sabido que uno de los temas que tenemos que enfrentar es la obesidad, totalmente atada a esta patología. No en vano el país y las autoridades sanitarias encabezadas principalmente por el presidente de la República le dan una trascendencia importante a las enfermedades crónicas no trasmisibles, y acá está el tema.

Hay tres enfermedades fundamentales: hipertensión, diabetes y obesidad. Es cierto que sobre la hipertensión se trabajó más, pero creo que el país está ante una oportunidad política como para analizar este tema.

Siempre digo que legislar por patologías es muy mala cosa; ¡tendríamos que hacer una facultad de medicina en el Parlamento! Pero día a día los ciudadanos adquieren más derechos, y en salud cada vez tenemos más derechos y la gente sabe más. Entonces es necesario *agiornar* las leyes.

A modo de aclaración la ley vigente es vieja y con buen criterio la sociedad civil con un conjunto de legisladores quisimos introducir o modificar algunos artículos *agiornándola* a la situación actual, pero entendimos que lo mejor era tomar un proyecto de ley nuevo, moderno y no trabajar sobre un proyecto antiguo. Entonces, la bancada del Frente Amplio empezó a trabajar sobre un proyecto complementando el ya presentado en la Comisión por la sociedad civil.

Elaboramos un borrador, lo conversamos con las autoridades del Ministerio -obviamente un proyecto de ley de importancia debe contar con el aval, el *expertise* de los técnicos que el Ministerio nombra- y a pesar de los pesares este proyecto estuvo pronto en un mes; lo hicimos rápidamente, algo poco habitual en proyectos de la importancia como este. El Ministerio mandó a dos o tres técnicos para que lo escribieran con los legisladores. Luego de escribirlo conversamos con las organizaciones civiles que están detrás y lo fuimos mejorando. En la última reunión FDU hizo aportes al nuevo proyecto.

Obviamente hay aspectos a incorporar en el proyecto presentado. Lo ideal sería aunar ambos proyectos y que no sea producto del Partido Nacional, del Frente Amplio, de los colorados ni del partido Independiente, sino un proyecto de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social. En ese sentido vamos a trabajar, no excluyendo ninguno de los proyectos porque siempre hay cosas que unos y otros podemos aportar.

Estamos en un momento histórico muy importante. Cuenten con la Comisión para lo que sea necesario.

Les aviso a las legisladoras y a los legisladores que hoy está FDU en la explanada del Palacio Legislativo tomando glucemias capilares; los invitamos a que asistan porque además de demostrar el interés que tenemos con la presencia de la prensa será más trascendente. Si los temas sanitarios no están en la prensa no se palpan. Nosotros, como poleas de trasmisión entre lo político y la sociedad hablamos de estos temas, de la importancia que tiene la diabetes y de los trastornos que acarrea y de la prediabetes. Cuanto más hablemos y más la cuestión esté en el tapete, más presión nos genera para aprobar el proyecto.

SEÑORA COSTA (María Isabel).- Muchas gracias, diputado Gallo; estamos en la misma sintonía. Como dije en alguna oportunidad un tema como este debe ser una política de Estado, que trascienda los gobiernos. Si ustedes son pioneros en esto darán un gran paso hacia adelante porque es un problema de salud pública y también económico. No es lo mismo tratar a una persona cuando no padece enfermedades de riñón o corazón. Ustedes saben mejor que yo los costos que generan intervenciones cardíacas, hemodiálisis o trasplantes renales. Si los evitamos todos, ganamos.

Agradezco la buena sintonía de los diputados para lograr un acuerdo en esto; la sociedad civil tiene que estar unida a ustedes. Estamos para apoyarlos en lo que necesiten, y con mucho gusto daremos datos si quieren conocerlos.

SEÑOR LEMA (Martín).- En la misma sintonía del señor diputado Gallo y la doctora Costa, si hacemos un raconto histórico, cuando se sancionó la ley de diabetes en Uruguay, prácticamente fuimos pioneros en la región. Lamentablemente nos estancamos con el paso del tiempo; nuestros vecinos crecieron, avanzaron y profundizaron en la materia y nosotros estamos corriendo de atrás. Si bien en su momento supimos ser pioneros, hoy estamos ante la oportunidad histórica -como se hizo referencia- de seguir aportando en un tema tan importante y que afecta a tanta gente.

SEÑORA COSTA (María Isabel).- Si la población no tiene que tomar medicación, mejor.

Además, tenemos que hacer grandes cambios que tienen que ver con nuestra idiosincrasia. Las tendencias alimentarias de Uruguay son nefastas así como el sedentarismo por tradición. Es muy difícil cambiar esos hábitos. El Ministerio ha dado pasos muy buenos en lo relativo al deporte, tratando de mejorar la calidad de vida cuando el año pasado elaboró las nuevas guías alimentarias que son muy buenas, con muy buen material; no sé si tuvieron oportunidad de verlas.

Tenemos que apostar a los cambios, pero son muy lentos. Tenemos que iniciarlos en la escuela o antes y en la familia; muchas veces los niños los llevan a la familia. Cambiar nuestros hábitos alimentarios e incorporar actividad física es muy difícil.

Tenemos que tratar de evitar la medicación, pero de ser necesaria debemos tener acceso a la más moderna. Si bien los costos parecen altos, a largo plazo serán menores. Por ejemplo, la sulfonilurea es una medicación clásica para diabéticos y su costo es muy barato, pero sabemos que actuará en unos tres años, luego pierden el efecto. Muchos de esos medicamentos son muy deletéreos en la parte cardiovascular como la glibenclamida, un clásico. El Diabeton -quizás muchos que tengan familiares con la enfermedad lo escucharon nombrar- tiene efectos deletéreos cardiovasculares y acrecientan todos los problemas. Las personas que tienen diabetes aumentan sus riesgos cardiovasculares cuatro veces. Si una persona común tiene el 25% de posibilidades de sufrir un riesgo cardiovascular, si es diabética será del 100%. Es difícil

que un diabético tipo 2, como la mayoría de los ciudadanos, no padezca algún evento cardiovascular en su vida, a no ser que esté muy bien controlado.

Debemos evitar la etapa medicamentosa, pero con medicaciones más modernas el país ahorra en costos sociales y económicos. Si estamos atados a la ley vieja -como el señor diputado me preguntó-, ¿el prestador de salud qué hará si el medicamento cuesta $ 1 o $ 5? Lo analizará, porque la ley establece que tiene que recetarse Diabeton, no irá a un medicamento más moderno que cuide la salud del paciente. ¡No le importa! El prestador de salud mide la plata, hoy y mañana. No ve qué será de la vida de ese paciente en diez o quince años o qué costo en salud tiene. Este es un sesgo muy grande a veces, y decimos: "Gasto tanto en salud", pero en diez años esa carga social será mucho mayor para todos, más la cargas familiares por amputaciones; vengo del Hospital Maciel y lo vemos a diario. Por suerte se ven muchos menos problemas oculares, pero igual existen y tenemos que evitarlos.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión agradece los muy importantes aportes de la doctora Costa. Trataremos de actuar en estos proyectos con la responsabilidad del caso para aprobar una norma útil.

(Se retira de sala la doctora María Isabel Costa)

(Ingresan a sala representantes de la Cátedra de Endocrinología y Metabolismo, de la Udelar y de la Sociedad Uruguaya de Endocrinología y Metabolismo, SUEM)

——La Comisión tiene el agrado de recibir a la doctora Beatriz Mendoza, de la Cátedra de Endocrinología y Metabolismo de la Udelar, y a la doctora Adriana Pereira, representante de la Sociedad Uruguaya de Endocrinología y Metabolismo.

Queremos conocer la opinión sobre el proyecto "Diabéticos. Se establecen medidas sanitarias, sociales y laborales destinadas a contemplar su situación".

Es un gusto tenerlas aquí; sus aportes serán muy importantes para la Comisión.

SEÑORA PEREIRA (Adriana).- Agradecemos que hayan tenido el gusto de recibirnos porque pensamos que la voz de los endocrinólogos es muy importante cuando se trata del abordaje de esta patología, la diabetes. Ciertamente, es una gran población a la cual los endocrinólogos debemos asistir. En general, se relaciona a los pacientes con diabetes con los diabetólogos, y es más difícil relacionarlos con los endocrinólogos, pero la diabetes es una enfermedad endócrina que involucra hormonas, de lo cual nos encargamos los endocrinólogos.

Por eso, como representante de la sociedad científica de endocrinología, como también de las instituciones de la Universidad de la República, debo decir que esto nos interesa porque constituye una causa muy frecuente de consulta. Tratamos de estar lo más cerca posible de los pacientes con diabetes, de las instituciones que los agrupan y, si bien compartimos mucho la visión que se tiene desde el Ministerio de Salud Pública y desde el gobierno de encarar las enfermedades crónicas trasmisibles, creemos que la diabetes, por su prevalencia, por el impacto que tiene en la salud de las personas y también de su entorno, merece consideraciones especiales.

Con respecto al proyecto de ley, compartimos la exposición de motivos por los cuales se plantea hacer un cambio en la ley vigente desde el año 1971 y trabajamos en conjunto con la Fundación Diabetes, con la Sociedad de Diabetología y Nutrición y con las sociedades científicas para sacar un producto que englobe los aspectos más amplios de esto que hacemos hoy, pero que tendrá vigencia para muchos años después. Es importante que nos escuchen.

SEÑORA MENDOZA (Beatriz).- Soy la encargada del Servicio de Endocrinología de la Facultad de Medicina, Udelar. Allí no solamente tenemos la tarea de asistir a los pacientes diabéticos, sino de formar a los endocrinólogos.

Como dijo la doctora Pereira, una parte de nuestra especialidad está dedicada a la diabetes.

Creemos que el proyecto de ley al que nos referimos es muy importante porque actualiza algunos aspectos de la diabetes y coloca aspectos que no estaban consignados en el año 1971.

En lo que tiene que ver con el diagnóstico, hay algunas cosas que ya fueron mencionadas antes y que creemos que son importantes. Con respecto a incorporar alguna guía de diabetes tipo 1 y diabetes gestacional, si bien el Ministerio de Salud Pública tiene lineamientos sobre cómo hacer el diagnóstico, no hay una guía actualizada. Además, la frecuencia de Diabetes Gestacional ha aumentado de forma marcada desde que se cambiaron los puntos de corte y ahora el diagnóstico se realiza con 92 milígramos por decilitro.

Asimismo, las guías del Ministerio de Salud Pública solo están abocadas a la diabetes tipo 2, que va de la mano con la obesidad, y nosotros creemos que es importante que haya algo dedicado a la diabetes tipo 1.

Por otra parte, trabajo en el Banco de Previsión Social, donde se atienden enfermedades congénitas y también pacientes con diabetes secundaria a la fibrosis quística, otra población de relevancia; en ese sentido, estamos preparando una propuesta. O sea que no solamente está la diabetes tipo 1, la diabetes gestacional, sino que también está esta parte de la población afectada de diabetes.

Con respecto a los equipos de trabajo, consideramos importante formar un equipo interdisciplinario en el Primer Nivel de Atención y no solamente el especialista -endocrinólogo, diabetólogo-, sino también el educador en diabetes -que es la persona encargada de la nutrición- y un especialista en enfermería que pueda educar a estos pacientes. Esos aspectos son de relevancia.

Otro aspecto relacionado es el laboral porque hay cierta dificultad en aceptar a aquel que se tiene que puncionar y, luego, administrar insulina, ya que se lo considera diferente, y en algunos lugares no son aceptados. Creemos que la equidad de la gente afectada por diabetes tiene que ser uno de los aspectos importantes.

SEÑORA PEREIRA (Adriana).- La Fundación Diabetes y las instituciones que participamos para hacer estas modificaciones de ninguna manera queremos que sean en detrimento de lo que el Ministerio elaboró. Simplemente, cuando leímos la iniciativa consideramos que algunos aspectos no estaban contemplados y, si es posible cambiarla, proponemos que se incluyan.

El artículo 3º hace referencia al Sistema Nacional Integrado de Salud y establece que los prestadores contarán con un Primer Nivel de Atención donde existan equipos interdisciplinarios para la asistencia integral de los pacientes con diabetes. Si bien se menciona la promoción y la prevención -un aspecto muy importante-, queremos hacer hincapié en el diagnóstico, porque un diagnóstico precoz permite una intervención también precoz y evitar las complicaciones asociadas a la enfermedad. Entonces, dentro de las modificaciones que planteamos agregamos el diagnóstico.

En cuanto a los equipos interdisciplinarios, tratamos de que no se hiciera tanto una división en cuanto a si el diabético es insulino- dependiente, o no, sino la disquisición en los tipos de diabetes haciendo hincapié en la diabetes tipo 1, tipo 2, gestacional y

asociada a otras enfermedades, independientemente del tratamiento que el paciente reciba, que es como se encara hoy en día la enfermedad.

Lo que sí reconocemos es la complejidad y el encare en el tratamiento de estos pacientes. No es lo mismo si un paciente está insulinizado o no, por lo tanto, eso también se debe ver reflejado en la constitución de los equipos interdisciplinarios. También hicimos alguna modificación en cuanto a cómo consideramos que deberían estar conformados esos equipos.

Con respecto al impacto que tiene ser diabético en el ámbito laboral, los pacientes diabéticos viven su enfermedad no solo en el ambiente laboral, sino en todos los ámbitos donde se mueven. Entonces, esto también puede tener impactos en el ambiente estudiantil y en el ambiente deportivo. Por eso, queríamos hacer extensivas las consideraciones respecto a los cuidados que deben existir y al hecho de que a los pacientes se les permita realizarse sus controles, administrarse la medicación, etcétera, a todos los ámbitos donde los pacientes se mueven y no solamente en el ambiente laboral, que es en lo que este proyecto hace hincapié.

Otro aspecto que nos pareció muy importante desde el punto de vista médico es el tratamiento, que tiene que ver con la nutrición y con la actividad física. En esto también hicimos una modificación de acuerdo con las pautas internacionales, ya que las recomendaciones respecto a la actividad física hablan de ciento cincuenta minutos semanales y eso no estaba referido.

Con relación al tratamiento farmacológico, ya sea por vía oral o insulinas, quienes asistimos a este tipo de pacientes a veces nos vemos un poco limitados por la disponibilidad. Si se tienen en cuenta los conceptos de igualdad y de equidad, el proyecto de ley debería contemplar ese aspecto y los protocolos que se realicen para esos tratamientos -basados en guías internacionales con recomendaciones- deberían ser revisados y actualizados cada tanto tiempo. De lo contrario, se dan beneficios para pacientes con diabetes -es lo que está ocurriendo ahora- en cuanto a los tiques y a mejorar el acceso a un montón de fármacos, pero como eso después no se fue revisando ahora nos quedamos un poco atrasados y no todos los pacientes pueden acceder en forma igualitaria a los nuevos tratamientos. Entonces, si el proyecto de ley se basara en los protocolos internacionales y este aspecto fuera revisado cada tanto tiempo -proponemos que sea cada dos años- sería muy importante para el tratamiento y, sobre todo, para nosotros porque de lo contrario los pacientes que tienen dinero podrían acceder a determinadas cosas y los que no, no y en el tratamiento se perdería la equidad. Este es uno de los aspectos en el que queríamos hacer hincapié desde la Sociedad de Diabetología y Nutrición.

Asimismo, hay otras modificaciones que hacen referencia, por ejemplo, al tratamiento de los pacientes que están en situación de reclusión. Nos parece interesante que se considere que estos pacientes son seres humanos y deben ser tratados como tales, o sea, recibir el tratamiento necesario. Que estén en situación de cárcel, no parece un motivo por el cual tengan que quedar por fuera de esto. Hoy en día eso no lo vemos. Pensamos que de repente la fuerza de una ley podría ayudar a vencer esa problemática.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera pedirles una aclaración porque existen dos proyectos de ley relativos a este tema. He intentado seguir la exposición, pero me dí cuenta de que en un momento hicieron referencia a un proyecto de ley y, luego, al del diputado Gallo. A la vez, hablaron de modificar la ley, pero no sé si se referían al proyecto del Poder Ejecutivo o al de la bancada oficialista, o a la ley existente. De cualquier manera, los conceptos vertidos son válidos y podrán ser tenidos en cuenta.

SEÑORA PEREIRA (Adriana).- Pido disculpas si no fui clara en ese sentido.

Nosotros estamos de acuerdo en que es necesario cambiar la ley vigente, del año 1971. Anteriormente, se presentó otro proyecto de ley, pero en ese momento la bancada del Frente Amplio no lo votó porque estaba trabajando en uno diferente. Ahora, a lo que hicimos referencia fue a ese proyecto presentado. La Sociedad Uruguaya de Endocrinología y Metabolismo se reunió con la Cátedra, con la Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay y con la Fundación Diabetes Uruguay para incorporar algunos aspectos que consideraba que no estaban incluidos en ese proyecto, o en los que queríamos hacer hincapié. Entonces, cuando me referí a los artículos hice alusión a los de ese proyecto.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Precisamente, iba a aclarar lo que bien explicó la doctora Pereira.

Obviamente, los aportes de la sociedad científica siempre son muy importantes, por lo que nos gustaría que nos hicieran llegar por escrito las modificaciones que entienden que deberían incluirse en cada uno de los artículos a los efectos de mejorarlo.

También es bueno decir que todo es producto de la negociación, por lo que tendremos que priorizar los temas y hablar con los legisladores, que son quienes en definitiva van a aprobar el proyecto. A la vez, quien llevará el control será el Ministerio de Salud Pública, por lo que también deberemos conversar con sus autoridades.

Con respecto al tema concreto de incluir determinada medicación en un proyecto de ley, debo decir que me genera miedo. En general, no se recomienda establecer medicación en un proyecto de ley. Habrá que buscar la vuelta, porque tampoco podemos incluir "protocolos internacionales", ya que puede haber muchos. Entonces, tendremos que afinar y ver cómo podemos actualizar los tratamientos sin incluir medicación, y lograr que haya una revisión cada dos o tres años de las actualizaciones de los distintos fármacos que puedan ir saliendo, porque no es lo mismo un tratamiento de diabetes tipo 1 en Nueva York que en Senegal. Obviamente, por distintas circunstancias el tratamiento es diferente, así como los fármacos. De manera que tendremos que trabajar y analizar cómo podremos solucionar este aspecto ya que no podemos incluir nombres de fármacos.

SEÑORA PEREIRA (Adriana).- Si tuvieran tiempo, podríamos leer el artículo con la modificación que incluimos para saber qué les parece. De esa forma, al hacerles llegar nuestra propuesta ya podría estar modificado en función de lo que nos sugieran.

El artículo 6º del proyecto del ley del Ministerio de Salud Pública, por el que se quiere reemplazar la ley del año 1971, expresaría: "El Ministerio de Salud Pública a través de sus áreas técnicas y programáticas, y con la participación de los movimientos de usuarios, todas las instituciones de pacientes referidas a diabetes" -los usuarios consideraron que sería oportuno agregar a estas instituciones porque en nuestro país está la Fundación Diabetes Uruguay y también la Asociación de Diabéticos del Uruguay y no debería quedar nadie afuera- "las sociedades científicas y las instituciones académicas, elaborará y actualizará en forma permanente las políticas de salud orientadas a las personas con diabetes y sus familias". Nosotros agregamos la parte final que expresa: "asegurando el acceso a los tratamientos según protocolos de las sociedades científicas internacionales para esa afección, referidos a todos los aspectos de tratamiento: tipos de insulinas, sistemas de monitoreo de glucosa, dispositivos de infusión de insulina, pautas de alimentación y de actividad física y educación en diabetes. Se asegurará una revisión/actualización de protocolos de atención y normativas vigentes referidas a la diabetes, mínimo cada dos años". Esta es la modificación que proponemos.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

SEÑOR PRESIDENTE.- Les agradecemos la visita y nuevamente solicitamos que nos envíen el material con las propuestas de modificación.

(Se retiran de sala las representantes de la Cátedra de Endocrinología y Metabolismo y de la Sociedad Uruguaya de Endocrinología y Metabolismo).

(Ingresa a sala una delegación de la Asociación de Diabéticos del Uruguay, ADU).

——La Comisión tiene el agrado de recibir a la delegación de la Asociación de Diabéticos del Uruguay, integrada por los señores Bruno Carratini, Pablo Riveiro, Javier González, Diego Paseyro, Walter Grignetti, Federico Viglione y el doctor Óscar Quiñones, quienes se referirán al proyecto de ley denominado "Diabéticos.- . Se establecen medidas sanitarias, sociales y laborales destinadas a contemplar su situación".

SEÑOR GRIGNETTI (Walter).- Como secretario de la Asociación de Diabéticos del Uruguay quiero agradecer que nos hayan recibido y nos sigan ayudando a ayudar, que es lo más importante en una enfermedad tan silenciosa como la diabetes, una de las causas de más amputaciones y trastornos en el Uruguay.

SEÑOR GONZÁLEZ (Javier).- Soy gerente de la Asociación de Diabéticos del Uruguay.

Intentaré hacer un breve resumen del motivo que nos convoca, aunque ustedes lo tienen muy claro, creo que es importante.

En 1971 tuvimos la primera ley de diabetes de Sudamérica, en la que Uruguay fue pionero, innovador y emprendedor. Esa era una ley que reflejaba el presente y observaba el futuro de la diabetes, a pesar de que hoy ya no lo hace por las décadas que han transcurrido desde 1971 hasta 2018. Luego, a iniciativa del grupo de jóvenes de la Asociación de Diabéticos del Uruguay, en el año 2008 se elaboró un proyecto que se llamaba Programa nacional de diabetes, el cual finalmente fue archivado en el año 2015. Al comparar dichos proyectos, es decir, el Programa nacional de diabetes y el que hoy se está evaluando, entendemos que, sin lugar a dudas, ese proyecto realmente estaba observando el presente y el futuro de la diabetes en nuestro país.

En junio de este año la Fundación Diabetes Uruguay presentó un proyecto modificativo de la ley de diabetes del año 1971, y en julio de este año se presentó el proyecto del oficialismo, que es sustitutivo.

Lo que hizo la Asociación de Diabéticos del Uruguay, a modo de aporte, es lo que ustedes tienen en las carpetas que les dejamos. Hemos tratado de aunar el Programa Nacional de Diabetes, el proyecto modificativo de la Fundación Diabetes Uruguay y el proyecto sustitutivo a la iniciativa del oficialismo. Creemos que los tres proyectos presentan buenas intenciones, pero lo particularmente importante es que el esfuerzo de ustedes no solo nos permita obtener una ley sobre el presente, sino que se arriesgue a observar el futuro de la diabetes en el Uruguay.

Por lo tanto, las modificaciones o propuestas que hemos planteado en este borrador innovan en algo en particular que no se menciona en ninguno de los proyectos anteriores, y lo especificamos en el artículo 1º que hemos elaborado, en el que se establece que se articula sobre la base de la complementación público- privada, teniendo como estrategia global la atención primaria en salud y privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación.

Cuando hablamos de complementación público- privada, lo que estamos intentando es que nos arriesguemos un poco más allá de la realidad situacional a todo nivel. Es

cierto que a veces uno tiene que bajar a tierra sus deseos y necesidades para que luego lo que esté por escrito no quede en pausa, porque la realidad no lo permite llevar adelante. Pero a veces hay que arriesgar un poco más y enfrentar el desafío de que en una ley se puedan establecer acciones y mejoras que nos obliguen a superar ciertas limitaciones que podamos tener. Por eso creemos que la articulación público- privada puede ser una herramienta para que el Estado, el Poder Ejecutivo, pueda llevar adelante algunas otras iniciativas que hayan sido dejadas de lado.

Creemos que el tema de la educción es sustancial. Las enfermedades crónicas no trasmisibles, sin la formalidad, la gestión y el desarrollo de la educación, nos van a dejar por el camino. Sabemos que hablar de educación es una innovación hoy en día desde el punto de vista de la formalidad, y que en los sistemas de salud no está presupuestado el rol de la educación. Inicialmente, esta puede ser una variable que complique la mejora de la diabetes. Pero también sabemos que es un gran desafío y no es una innovación de Uruguay, sino que es una definición que hoy atraviesa el mundo desde el punto de vista del tratamiento de la diabetes. Es una realidad que hoy la aplican muchísimos de los profesionales y técnicos de la salud, esforzándose más allá de las obligaciones o de los roles que tienen. Sin duda, si eso hoy se hace por parte de los profesionales y los técnicos es porque resulta más que necesario.

Entonces, creemos que no intentar formalizar dicha herramienta es saber de antemano que estamos dejando un vacío muy importante a nivel de la ley.

También entendemos necesario hablar de las últimas tecnologías, incluyendo todo lo que signifique tecnología en salud, así como de la medicación. No podemos ser un país desarrollado, porque seguramente la variable presupuestaria sea la que no nos lo permita. Pero lo cierto es que deberíamos preguntarnos por qué las últimas insulinas en el Uruguay tienen más de quince años en el mundo, o por qué efectivamente las últimas insulinas que hoy existen en el mundo, que no tienen más de entre cinco y siete años, llevan un proceso de registro en el Ministerio de Salud Pública de más de dos años. Hoy estamos liderando una campaña que tiene como objetivo la terminología: la salud no puede esperar, y decimos por qué. Puede ser que la realidad nos diga que tenemos muchas limitaciones para aplicar todo lo necesario; puede ser que el tiempo nos permita ir mejorando lo que mañana se apruebe. Pero lo cierto es que a las personas que hoy no puedan obtener las tecnologías o medicamentos que necesitan para su tratamiento ante una descompensación de su metabolismo -y al no poder compensarse con los métodos tradicionales-, el día que podamos mejorar la ley, a esas personas ya no las vamos a poder mejorar, porque lo que les haya sucedido ya no tiene retorno.

SEÑOR GARRATINI (Bruno).- Soy licenciado en nutrición; me especialicé en diabetes. Trabajo en la Asociación como educador con familias y niños con diabetes. También trabajo en la salud, en un equipo multidisciplinario. Pero antes que nada soy una persona con diabetes. Estoy acá en representación de todas esas familias que por una cuestión logística no pueden estar.

Cuando hablamos de diabetes nos referimos a una enfermedad multisistémica que trae muchísimas complicaciones de salud. Uruguay es un ejemplo en las complicaciones que tiene por la diabetes. La situación actual no mejora esa prevalencia; se mantiene. Sabemos que no es fácil y lleva tiempo. No somos fanes de los proyectos que se puedan lograr, sino de los proyectos que logren cambios. Lo que venimos a pedir es que no se haga un diagnóstico situacional, porque ya lo conocemos y no es para nada bueno, sino que se logren cambios reales. La diabetes necesita educación para su prevención y su tratamiento, pero sobre todo necesita acceso a mejores tratamientos, que en el mundo no son nuevos, aunque para nosotros sí. Mientras pasa el tiempo seguimos sufriendo

amputaciones, cegueras. En Uruguay hay un ciego cada treinta y seis horas. La primera causa de pérdida de visión no traumática es la diabetes. También hay otras complicaciones que surgen a raíz de que no tenemos acceso a tratamientos de calidad, a pesar de que es un derecho humano.

Venimos a solicitar una ley, que puede formar parte de una más integral que incluya un compendio de enfermedades no trasmisibles, pero que aborde específicamente las necesidades de la diabetes; o que sea una ley específicamente de diabetes que contemple el acceso a mejores tratamientos. Los que tenemos hoy en día son los que nos están dando esa prevalencia.

SEÑOR PASEYRO (Diego).- Soy integrante del Consejo Directivo de la Asociación de Diabéticos del Uruguay y la integro desde el año 2000 a la fecha.

Javier González, nuestro gerente, recién hablaba de la presentación de un proyecto de un grupo de jóvenes de ADU en 2008. También hablaba de la ley vigente en Uruguay que es del año 1971; fue la primera un Sudamérica. Significó un hito muy importante, de gran trascendencia para la medicina y la legislación nacional. Ese proyecto presentado por el grupo de jóvenes tiene antecedentes en 2005 en un congreso en la ciudad de Brasilia, convocado por ALAD (Asociación Latinoamericana de Diabetes), que nuclea a todas las asociaciones de diabéticos del Cono Sur. Allí se llegó a un compendio de normas para que cada asociación de diabéticos de América del Sur llevara ese anteproyecto a sus Parlamentos respectivos con la finalidad de aprobarlo.

Así como fue un orgullo que en 1971 Uruguay fuera el primer país en Latinoamérica en tener una ley de diabetes, hoy asistimos a la situación de que Uruguay es el único país de Latinoamérica que no renovó la ley. Mientras todos los países de Sudamérica actualizaron su ley de diabéticos en función de ese proyecto de Brasilia, Uruguay todavía sigue esperando.

Otro punto que quiero resaltar es la coparticipación público- privada, de involucrar al paciente diabético en el tratamiento de su enfermedad. Esto no es un invento, sino que se trata frecuentemente en todos los congresos médicos del orbe. Me refiero al apoderamiento de la enfermedad, el *empowerment.* A tal punto es así, que en Inglaterra, en los hospitales y sanatorios, existe la orden de que ante la internación de una persona diabética el que determina la evolución y el tratamiento de la diabetes en situación de internación es el propio diabético. Sin la participación del diabético el tratamiento de la enfermedad es absolutamente inviable. Es una enfermedad crónica, con la que vivimos -yo también soy diabético- las 24 horas del día, los 365 días del año. Si no la conocemos no la vamos a poder tratar ni evitar el cúmulo de consecuencias que luego trae un mal tratamiento. Por eso refuerzo la idea de la educación. Es absolutamente básico reforzar ese concepto, que existan educadores en diabetes por todo el país repartiendo información, tratando de que el diabético se involucre con su enfermedad, a fin de evitar complicaciones que representen un mayor costo para el Estado. Esto también fue analizado en su momento.

El estudio de prevalencia de la enfermedad en Uruguay determinó que el 8,3% de la población es diabética; más o menos 300.000 personas. Es mucha gente. También se advierte que aproximadamente la mitad de esas personas no conoce su situación de diabética, lo que agrava las consecuencias traumáticas.

Nuestra visita tiende a muchas cosas, pero sobre todo a llamar la atención sobre una enfermedad que aparentemente no tiene mayor trascendencia, pero que afecta a muchísima gente en Uruguay. Hablamos de trescientos mil diabéticos, por lo que un

millón de personas estarían implicadas, si tomamos a la familia de ese diabético. Por eso debemos prestarle una atención sumamente importante.

Este tema tiene muchos aspectos: de salud, económicos, etcétera. Nuestra visita es simplemente para llamar la atención y ponernos a las órdenes para lo que precisen en cuanto a información, antecedentes, estudios. Estamos totalmente a la orden.

SEÑOR QUIÑONES (Óscar).- Soy médico y asesor de la Asociación de Diabéticos del Uruguay.

Sabemos que el Estado ha tenido como política no tener leyes para enfermedades. No obstante, esta es una enfermedad muy particular, no solo por esas trescientas mil personas que la padecen sino por el incremento constante de esta enfermedad, por lo que de no mediar normas que contemplen todas las necesidades de estos pacientes, en los próximos años la situación será cada vez peor.

Uno de los problemas que vemos es que hay una perspectiva cortoplacista en el tratamiento de los pacientes diabéticos, tanto desde el punto de vista de las autoridades de gobierno como de los prestadores de salud. Es muy sencillo: la enfermedad es muy silenciosa, mata de a poco. El gobierno tiene una perspectiva de cinco años y los prestadores de salud probablemente tengan una perspectiva de diez años. Por lo tanto, el costo en salud, que es muchísimo para el paciente, para estas personas significa poco porque no se verán afectados; será el problema de otros gobernantes, de otros dirigentes prestadores de salud.

Esta ley es necesaria porque la anterior prácticamente tiene cincuenta años. Si uno parte de la premisa de que seguramente los conocimientos que se utilizaron cuando se aprobó aquella ley fueron de la década anterior, estamos hablando de unos sesenta años. En ese tiempo la medicina evolucionó tremendamente; todos sabemos que sesenta años en esta época es mucho tiempo, y la ley no acompasó ese avance tecnológico. Hay una gran ausencia de incorporación de todas las tecnologías vinculadas al tratamiento. Y uno va peregrinando -tanto los pacientes como quienes los ayudamos- de puerta en puerta tratando de conseguir ese avance. Y la verdad es que los resultados son muy escasos.

En lo que respecta a la educación en diabetes hay una máxima que nos enseñaban cuando éramos estudiantes: "El diabético que más sabe es el diabético que más vive". Además, es fundamental tener incorporado a los equipos multidisciplinarios de tratamiento un fuerte equipo de educadores en diabetes.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión agradece la presencia de representantes de la ADU.

Hay más de un proyecto de ley sobre este tema. Es una preocupación de los legisladores de la Comisión recoger información, tanto la brindada por ustedes como la que nos hicieron llegar otras organizaciones, a fin de lograr una norma lo más adecuada y moderna posible, que nos permita incorporar nueva tecnología y conocimientos cuando surjan sin tener que modificar la ley. En ese sentido, también les agradecemos el material que nos acercaron.

(Se retiran de sala representantes de la ADU)

——Quiero informarles sobre la reunión con el ministro y con el doctor Carámbula.

La reunión con el ministro fue para pedirle la opinión acerca del proyecto de etiquetado de medicamentos para ciegos. En cuanto a la visita de la delegación de la

mutualista de Soriano, CAMS, el ministro ya se había reunido con la misma delegación de CAMS y se iba a reunir con sus directivos. Creo que ya se reunieron.

SEÑORA ARRIETA (Elisabeth).- La Comisión de Usuarios y Funcionarios me contactó hace dos días. Efectivamente se reunieron con el ministro y la información que tenían era que el Ministerio había rechazado la propuesta de reestructura que envió la directiva de CAMS. Estaban en el proceso de analizar otras alternativas de reestructura. No obstante, manifestaron que mantenían su preocupación porque la directiva no los había recibido.

La directiva general de las máximas autoridades de la cooperativa de Mercedes aún no habían recibido a la Comisión de Usuarios y Funcionarios de CAMS- Cardona -quienes se contactaron conmigo; sabemos que en Dolores hay una situación similar-, y estaban enterados -según le trasmitió la directiva de Cardona- de que la cooperativa seguía con la intención de llevar adelante el cierre de los servicios, y están preocupados por eso.

Esta Comisión de Usuarios y Funcionarios está totalmente abierta a estudiar una reestructura y una complementación de servicios con otros prestadores públicos y privados de Cardona. Lo que ellos no comparten es que cierren la prestación de servicios y que los usuarios tengan que trasladarse a Mercedes para recibir atención.

Me preguntaron si esta Comisión ya había recibido a la directiva de CAMS, ya que cuando ellos concurrieron le manifestamos esa posibilidad. Ya que el presidente de la Comisión tuvo la oportunidad de hablar con el ministro sobre este tema, sería importante invitar a las autoridades de la cooperativa CAMS.

SEÑOR LEMA (Martín).- La semana pasada estuve en Soriano y me llegaron reclamos de usuarios pertenecientes a diferentes lugares del departamento con distintas versiones.

Acompañando lo que resolvimos en la última sesión de la Comisión, me parece importante definir la fecha para que venga el Directorio de CAMS para que profundicen y expliquen el estado de situación, localidad por localidad, tanto en Dolores, Cardona como Mercedes, donde también hay usuarios que advirtieron que podrían llegar a tener problemas con la nueva reestructura.

Tenemos que despejar todo tipo de especulación y cuanto antes los recibamos mejor, así conocemos la situación de primera mano y mediante constancia en la versión taquigráfica tendremos más herramientas de contralor.

Asimismo, considero importante -si bien el presidente ya se reunió con el ministro- conocer qué garantías hay ante una eventual reestructura, cuáles son las diferentes garantías que generarían tranquilidad para los usuarios respecto a que ningún tipo de reestructura en la localidad vaya en detrimento de la asistencia que reciben en forma permanente.

Habrá que ver qué tipo de medidas podrán adoptarse para la obtención de las garantías, pero me parece de orden e importantísimo recibir cuanto antes a las autoridades de CAMS para saber el estado de situación formal y cuál es la expectativa en los próximos días.

También me dieron una versión con respecto a la situación de Dolores en el sentido de que en los próximos días habría avances entre los ministerios de Salud Pública y de Trabajo y Seguridad Social y los trabajadores de CAMS. No puedo afirmar ni desacreditar la versión. Por eso es fundamental conocer de primera mano la situación, porque si no

nos quedaremos con expresiones a partir de especulaciones sobre la postura actual, sin tener una constancia clara.

SEÑOR PRESIDENTE.- Solicitamos a Secretaría que haga los contactos.

Ya habíamos hablado de invitar a la directiva de CAMS; si les parece veremos cuándo los podemos recibir.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

En lo que tiene que ver con el otro proyecto del etiquetado de medicamentos para ciegos, el ministro y el doctor Quian -estaba con el ministro- estuvieron en el Senado por ese tema y cuestionaron que el proyecto fuera general cuando hay medicamentos que no usan específicamente las personas ciegas. Si una persona ciega no se administra suero, ¿por qué tendría que llevar ese etiquetado? Así se podría reducir la cantidad de medicamentos a etiquetar especialmente.

Asimismo, manifestaron -además ya se habían reunido con la industria por este tema- que al igual que la industria preferían que el plazo fuera de dos años y no de un año y medio como establece el proyecto de ley. Esas fueron las acotaciones que hicieron.

Lo conversamos y más adelante en una sesión resolvemos si aprobamos esto.

Por otro lado, asistimos con el doctor Carámbula y dos diputados de Artigas; antes enviamos la versión taquigráfica para que el doctor Carámbula tuviera conocimiento de la situación y por qué íbamos. Nos agradeció esa actitud que la hicimos sabiendo que era lo más constructivo.

Nos manifestó su preocupación por la situación -sabemos de las dificultades en diferentes hospitales- particularmente del Hospital de Artigas y nos dijo que estaban haciendo un esfuerzo muy importante.

También estaba la vicepresidenta del Directorio, doctora Marlene Sica, quien nos explicó bien cuál era la situación y nos comentó que ya había habido dos llamados para anatomopatólogos, pero que no se había presentado nadie, que iba a haber un tercer llamado, ahora con un cargo de alta dedicación, y que estaban haciendo esfuerzos para tratar de proveer ese cargo.

Cuando asistimos, ya muchas de las muestras de Papanicolaou habían sido gestionadas hacia otro lugar para ser informadas -eran mil seiscientas, según nos dijo el señor diputado Ayala- y lo mismo estaba pasando con las muestras de anatomía patológica que estaban siendo revisadas. Había más muestras que pacientes -había personas que tenían más de una- y las estaban derivando. Eso fue lo que nos informaron

Verdaderamente, me pareció que estaban preocupados por resolver el problema lo más rápido posible.

A los pocos días me llamó la doctora Sica y me manifestó que habían dispuesto la revisión de la historia clínica del paciente fallecido -como saben, fue uno de los que estaba esperando el informe- para conocer más en profundidad el caso y, en principio, parecería que era un estadío IV. También hubo otras novedades de las que me he enterado a través de la prensa.

SEÑOR LEMA (Martín).- Sobre el caso puntual de Artigas no me voy a pronunciar porque ante un hecho de estas características, particularmente, me allano.

Lo que me parece importante es trasmitir la necesidad de los controles de los laboratorios de anatomía patológica en todo el país, que son muy pocos los habilitados en

ASSE -prácticamente dos o tres; no recuerdo la cifra exacta- y en cuanto a prestadores privados tampoco la cifra es representativa.

Obviamente, en el ejercicio de los controles nadie garantiza que un hecho como el de Artigas no pueda pasar igual -por eso no me quiero centrar en ese hecho-, pero sí me parece importante que se incrementen los controles sobre las habilitaciones y si reúnen las exigencias mínimas que el Ministerio de Salud Pública solicita para un funcionamiento normal. Me he cansado de hablar de esto porque me parece importante un mayor control, estar más encima de las cosas en la parte preventiva.

Quería dejar esto plasmado en la versión taquigráfica -lo digo en todos lados porque así lo pienso- ; en virtud de la charla que tuvieron, me parece importante recalcar nuevamente el tema.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Obviamente, los controles son importantes en laboratorios de anatomía patológica y en todo lo que tiene que ver, como la farmacia, etcétera; eso es clave.

De todas maneras, puntualmente -por la referencia que hacía el señor diputado Lema-, el laboratorio de anatomía patológica tiene determinadas especificidades que no las tiene un laboratorio de análisis clínicos. En primer lugar, no todas las IAMC (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva) tienen laboratorio de anatomía patológica; la gran mayoría contrata laboratorios particulares. Además, se da la particularidad de que es una actividad técnico- dependiente. Se puede tener todo perfecto, el microscopio electrónico, las muestras, pero es técnico- dependiente; es lo mismo que sucede con las ecografías. Si se erra en el diagnóstico, fue el médico que lo hizo; no es un problema de control. Y controlar a los médicos es complicadísimo porque tiene que ir un profesor. Es un tema muy complejo el de la anatomía patológica y quienes hacemos actividad quirúrgica dependemos mucho de ella porque muchas decisiones se toman en función de lo que dice un informe.

Obviamente, el tema de los controles es importante; ni hablar, eso ni se discute, pero específicamente en el tema de anatomía patológica es muy complicado el control técnico en cuanto a si el informe viene con las mejores garantías. Se supone que quienes lo realizan y le ponen la firma lo hacen de la mejor manera, pero -como dije- es una actividad técnico- dependiente; por más control y por más exacto que sea, el médico puede equivocarse en cuanto al tipo de tumor y al estadio.

SEÑOR LEMA (Martín).- En cuanto a lo que comentó el señor diputado Gallo, en el sentido de que a veces se terceriza por parte de los prestadores, es cierto. Yo estoy haciendo referencia a quienes tienen el laboratorio de anatomía patológica en forma propia. Para ello hice un pedido de informes al Ministerio de Salud Pública del listado de prestadores que sí poseen laboratorio de anatomía patológica y cuántos están habilitados. Por eso me baso en las afirmaciones a las que hice referencia.

Hay que ser muy quirúrgico en el análisis de estos temas, hay que plantearlos con mucha seriedad; por eso yo quería dejar de lado el episodio puntual porque capaz que uno ejerce los controles y estas cosas, lamentablemente, pasan igual y no quiero que sean consecuencia de esa noticia por la familia y todo lo que eso conlleva.

Lo que sí digo es que la fiscalización de los laboratorios de anatomía patológica está en la órbita de División Fiscalización del Ministerio de Salud Pública, que no tiene los recursos humanos suficientes; ya lo hemos hablado y hemos intercambiado al respecto. A su vez, hay artículos de prensa que trascendieron donde funcionarios de los propios laboratorios de anatomía patológica -puntualmente de ASSE- hablaban de las condiciones con las que muchas veces se encontraban y advertían sobre los problemas

que generaba tener esas condiciones. Por eso sí me parece apropiado ejercitar o incrementar los controles y hacía referencia a ello, entendiendo las afirmaciones y el espíritu de los comentarios del señor diputado Gallo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Estoy seguro de que Carámbula estaba tan preocupado como nosotros con respecto a esto y sé que ellos están auditando esa situación. Me he enterado por la prensa de que han tomado medidas con el equipo de gestión. Que un hospital no tenga un anatomopatólogo veinticuatro horas al día, treinta días al mes, es lo más común en el Uruguay y seguramente en el resto del mundo; lo que es inentendible es que no se pueda encontrar una solución administrativa durante más de dos meses para poder enviar las muestras de anatomía patológica. Eso es lo que cuesta entender y creo que a Carámbula le debe costar entender también. De repente, el equipo de gestión hizo todo lo posible y no pudo conseguirlo, aunque me parece un poco difícil. Eso es lo verdaderamente preocupante.

Para que la Comisión tenga conocimiento de cómo termina esto, la próxima semana podemos establecer un nuevo contacto, más informal, para saber cuáles fueron las medidas que se tomaron, si hubo responsabilidad en el atraso por parte del equipo de gestión o estaba intervenido simplemente para investigar.

(Diálogos)

——Si no hay más asuntos, se levanta la reunión.

